



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUIZA KAROLINE BARBOSA MUNIZ

ABORTOS INDUZIDOS E A ASSISTENCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BRASÍLIA

2014

LUIZA KAROLINE BARBOSA MUNIZ

**ABORTOS INDUZIDOS E A ASSISTENCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado no formato de artigo científico ao UniCEUB como requisito parcial para a conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem.
Orientador: Eduardo Cyrino de Oliveira Filho

BRASÍLIA

2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter dado dons de tudo para que eu pudesse chegar a este estágio. Sei que “tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus pais (Minaldo e Ironice, Mário e Rosarita), a quem devo parte do que tenho e do que sou, agradeço pelo o apoio, incentivo nas horas difíceis de desânimo e cansaço, e a dedicação e amor recebido sempre.

Aos meus irmãos (Gabriel, Guilherme, Caroline, Artur, Felipe e Mariana) pela amizade, afeto e companheirismo constante.

Meus agradecimentos aos meus avôs, tios, primos e amigos que fizeram parte da minha formação e vão continuar sempre presente na minha vida.

Agradeço a todos os professores não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Ao professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Os meus eternos agradecimentos!

ABORTOS INDUZIDOS E A ASSISTENCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

LUIZA KAROLINE BARBOSA MUNIZ¹

EDUARDO CYRINO DE OLIVEIRA FILHO²

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo descrever os principais aspectos relacionados à questão dos abortos induzidos e a assistência de enfermagem frente a esse problema de saúde. O aborto ou interrupção da gravidez significa a expulsão prematura do embrião ou feto do útero, ocorrendo a sua morte, podendo ser espontâneo ou induzido. Assegurar o atendimento ao aborto de boa qualidade requer supervisão contínua, garantia de qualidade, monitoramento e avaliação. Entretanto, verifica-se que existe no Brasil a necessidade de um programa de planejamento familiar eficiente com acesso aos métodos anticoncepcionais.

Palavras-chave: Aborto, gestação, legislação, profissionais de saúde, morte.

INDUCED ABORTION AND HEALTH ASSISTANCE: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

This article aims to describe the main aspects related to the issue of induced abortions and nursing care face this health problem, through literature review. The abortion or termination of pregnancy means the premature expulsion of the embryo or fetus from the uterus, occurring at his death, and may be spontaneous or induced. Secure abortion care good quality requires continuous supervision, quality assurance, monitoring and evaluation. However, there is a need for national family planning program with efficient access to contraceptive methods.

Keywords: Abortion, pregnancy, law, healthcare, death.

1. INTRODUÇÃO

¹Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

² Professor do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

A maioria das mulheres quer ter filhos em algum momento de sua vida, mas o planejamento de quando começar a ter filhos e quando parar pode ser difícil na ausência de método contraceptivo confiável. Assim, mulheres engravidam antes de terem planejado para fazê-lo, ou no momento errado em suas vidas. Em verdade, a causa da maioria dos abortos é uma gravidez que a mulher ou o casal não planejaram ou acreditavam que não ocorreria (SINGH, 2009).

O aborto constitui uma importante causa de mortalidade e de morbidade maternas. Sendo que o aborto clandestino é um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde relatou que cerca de 500 mil mulheres morrem no mundo a cada ano, essas mortes estão relacionadas à gestação. Os abortos são responsáveis por 15% das mortes materna a cada ano (OLINTO; MOREIRA, 2006).

Enquanto a interrupção da gravidez em muitos países é vista como um aspecto básico de serviços abrangentes de saúde reprodutiva e como um componente-chave de um direito da mulher de fazer suas próprias decisões, em algumas partes do mundo, aborto tem sido uma questão sensível cultural, social e politicamente. Como resultado, muitas vezes é difícil estudar este procedimento comum, mesmo quando a lei permite o aborto sob critérios amplos, mas especialmente em locais com leis restritivas ao aborto (SINGH, 2009).

Pela ilegalidade, a maioria dos abortos é realizada de modo clandestino, acarretando riscos para a saúde e para a vida das mulheres, esse problema fornece o crescimento para o índice da taxa de mortalidade materna (DUARTE, 2010).

A maioria dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, não fornece atenção médica de emergência de maneira eficiente, para mulheres que obtiveram algumas complicações ocorridas pelos os procedimentos dos abortos. Quando tem o tratamento, muitas vezes são demorados e ineficazes, ocorrendo graves consequências e riscos à saúde da mulher (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

São empregados diversos procedimentos para cessar a gravidez, ocorrendo também uma grande variedade de procedimentos populares, feitos pelas próprias mulheres ou por indivíduos não capacitados, que levam sérios riscos à saúde destas mulheres, ocorrendo muitas vezes ao óbito materno (MENEZES; AQUINO, 2009).

Dessa forma, o presente trabalho baseia-se em uma revisão bibliográfica sobre os aspectos relacionados à questão dos abortos induzidos e a assistências dos profissionais de saúde. Assim sendo essa revisão descreve sobre o aborto induzido, suas causas e consequências do aborto e a legislação mundial do aborto.

2. METODOLOGIA

O presente artigo baseia-se em revisão bibliográfica narrativa, onde foram coletados artigos publicados no período de 2004 a 2014. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, com consulta a artigos publicados em português e inglês nas bases bibliográficas “Scientific Electronic Library Online” (SciELO), Google acadêmico, Portal de Teses e Dissertações Saúde Pública Brasil e Teses e Dissertações USP (Universidade de São Paulo).

Na visão de Lakatos e Marconi (2004), a pesquisa bibliográfica abrange toda a literatura bibliográfica já publicada relacionada ao tema de estudo com o objetivo de aproximar o pesquisador de tudo o que já foi dito ou escrito sobre determinado objeto de estudo.

Campos e Furtado (2008) consideram que a narrativa é importante na pesquisa em saúde, pois como consegue centrar as características sócio-históricas em um contexto. A narração desdobra-se até a interpretação na medida que institui condições para sua circulação, recepção e produção.

Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana (CAMPOS; FURTADO, 2008, p. 1093).

Para a busca de dados foram utilizadas as palavras-chave: aborto, gravidez, enfermagem, profissionais de saúde, assistência, fatores de risco, consequências, legislação.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Aspectos Gerais do Aborto

De acordo com Kato (2003, p. 2, *apud* SOUZA, 2009), o aborto é definido como sendo:

a expulsão espontânea ou provocada do embrião ou feto de menos de 500g de peso ou de até 20 semanas de idade gestacional, quando tem pouca ou nenhuma chance de sobrevivência fora do organismo materno. A expulsão do feto após essa idade gestacional é considerada internacionalmente como parto prematuro.

Interrupção da gravidez é uma prática universal: ocorre em todas as partes do mundo, leste e oeste, desenvolvidos e em desenvolvimento, ricos e pobres e entre as mulheres de todos os tipos, solteiras e casadas, adolescentes e mais velhas. No entanto, em regiões menos desenvolvidas, que têm leis restritivas ao aborto, muitas mulheres, especialmente aquelas que são pobres e não podem pagar por procedimentos seguros, acabam com a gravidez indesejada utilizando-se de pessoal não qualificado usando métodos inseguros. Ao fazê-lo, elas arriscam sua saúde e até mesmo suas vidas (SIGH, 2009).

A grande dificuldade para calcular a incidência e prevalência do aborto no Brasil é ter acesso a informações reais, além do alto índice de mulheres que omitem ter abortado (BRASIL, 2009).

Vilela et al. (2012) afirmam que informações sobre internações no Sistema Único de Saúde (SUS), a curetagem pós aborto é o método obstétrico mais realizado nos hospitais públicos do país, depois do parto.

Estudos realizados no Brasil ao longo de 20 anos (1989 a 2009), indicam que, predominantemente, mulheres que praticam o aborto se enquadram na faixa etária entre 20 e 29 anos, vivendo com companheiro, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, e que utilizam o medicamento misoprostol (BRASIL, 2009).

Benute (2009) classifica o aborto induzido quando a suspensão da gravidez é decisão e ação tomada com essa finalidade; ou espontâneo, quando a perda do feto não é em decorrência de vontade e ação da mãe.

O aborto inseguro é definido pela Organização Mundial da Saúde como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, desempenhadas por pessoas que não possuem as competências necessárias ou em um ambiente que não se conforma com padrões médicos mínimos, ou ambos (WHO, 2012).

Para Sigh (2009) mudanças globais significativas que ocorreram nas décadas passadas têm implicações importantes tanto para os níveis do aborto quanto para a sua segurança e para os níveis de gravidez indesejada, a principal causa do aborto induzido. Entre elas tem-se: o uso de contraceptivos, o que reduz os níveis de gravidez não-intencional, aumentou em muitas partes do mundo, particularmente na América Latina e na Ásia; o uso de

aspiração manual e de medicação abortiva para terminar uma gravidez indesejada e para tratar o aborto inseguro aumentaram; um número de países em que as leis de aborto eram altamente restritivas, em meados da década de 1990 liberalizaram suas leis; em muitos países em desenvolvimento em que o aborto é legalmente restrito, o acesso ao aborto seguro, no entanto, parece estar crescendo.

3.2 Causas e consequências do aborto provocado

De acordo com a WHO (2012), o aborto induzido tem sido documentado em toda história. Antigamente, os abortos eram inseguros e exerceram um forte impacto sobre a vida das mulheres. Entretanto, avanços na prática médica em geral, e do advento de tecnologias e habilidades seguras e eficazes para realizar o aborto induzido em particular, poderia eliminar abortos inseguros e mortes relacionadas, proporcionando o acesso a esses serviços. No entanto, estima-se 22 milhões de abortos acontecem a cada ano, o que resulta na morte de uma cerca de 47.000 mulheres.

Abortos induzidos ocorrem em todos os lugares, tanto em países onde o procedimento é legal e naqueles onde não é. A grande maioria dos abortos inseguros ocorrem nos países em desenvolvimento, onde o procedimento é ilegal e muitas vezes entre as mulheres mais pobres. Este último achado deve gerar a maior preocupação: onde os serviços de aborto seguro não estão disponíveis ou são difíceis de obter, as mulheres enfrentam graves riscos de infecção, doença, invalidez e morte. E, como em todos os outros aspectos da saúde reprodutiva, as mulheres mais propensas a morrer ou sofrer deficiência ao longo da vida são as pobres (SINGH, 2009).

De acordo com Souza (2009), abortos induzidos são aqueles que são praticados intencionalmente, ou seja, tendo em vista o fim da gestação e a consequente retirada do feto. O aborto induzido possui dois subtipos: o legal, que possui autorização judicial e se realiza em unidade hospitalar, utilizando métodos como curetagem, injeção de solução salina, microcesariana e uso de fármacos, os mais disseminados são os que possuem prostaglandina que estimulam contrações uterina com consequente expulsão do embrião ou feto. O ilegal ou clandestino que se utiliza dos mais variados métodos, desde uso de medicamentos até intervenção mecânica.

As consequências para a saúde do aborto inseguro dependem de vários fatores, dentre eles: as instalações onde o aborto é realizado; as competências de quem realiza aborto;

o método de aborto utilizado; saúde da mulher; e a idade gestacional da gravidez (WHO, 2012).

Procedimentos de aborto inseguro podem envolver a inserção de um objeto ou substância (raiz, galho ou cateter ou mistura tradicional) no útero; dilatação e curetagem realizadas de forma incorreta por pessoa não qualificada; ingestão de substâncias nocivas; e aplicação de força externa, onde o praticante irá apertar vigorosamente a parte inferior do abdome da mulher para interromper a gravidez, o que pode fazer com que o útero se romper, matando a mulher (WHO, 2012).

Para Vilela et al. (2012), as causas mencionadas para a prática do aborto são a vontade de adiar a maternidade, falta de condições econômicas, instabilidade no relacionamento, além da preocupação das mulheres com as possibilidades de assegurar uma vida digna a seus filhos.

Segundo Benute (2009), as razões que induzem a mulher a interromper a gravidez englobam aspectos privados e individuais, geralmente motivadas por assuntos sociais, econômicos e emocionais, por vezes permeada pela violência doméstica ou sexual.

Silva e Araújo (2011, p. 22) afirmam que a mulher que sofre do aborto, espontâneo ou induzido, não está apenas correndo perigo de vida, “mas de sequelas físicas, como perda do útero, ovários, perfuração uterina, perfuração da bexiga e intestino, podendo ficar exposta a infecções. Ainda pode desencadear episódios frequentes de estresse pós-traumático”.

Segundo Rodini et al. (2006), o aborto espontâneo é uma das complicações mais comuns durante a gravidez, tendo incidência entre 6,5% e 21% das gestações diagnosticadas. Ocorre em 75% dos casos entre a 7ª e a 15ª semanas de gravidez e possui causas heterogêneas e englobam fatores genéticos e ambientais. Cerca de 50% das causas são anomalias cromossômicas no conceito, apesar de vários fatores poderem resultar ou influenciar no abortamento espontâneo, sendo a maioria deles, de origem materna como doenças crônicas e infecciosas, alterações anatômicas do sistema reprodutor e fatores trombogênicos.

Na visão de Barini et al (2006), o aborto espontâneo recorrente é conceituado como três ou mais abortos espontâneos consecutivos, podendo ser decorrente de abortos induzidos anteriormente; problemas anatômicos como insuficiência ístmico-cervical e malformações uterinas; hormonais como deficiência na produção de progesterona e alterações na função tireoideana; genéticos; infecciosas tais como clamídia, micoplasma, ureaplasma, listeriose; ambientais como efeito de radiação, tabagismo, alcoolismo; imunológicos.

As consequências da utilização de determinado medicamentos, tais como a prostaglandina misoprostol, análogo em dosagens incorretas para indução do aborto são mista, embora haja alguma evidência de que mesmo uma dosagem incorreta ainda pode resultar na redução do número de complicações graves e mortes maternas (WHO, 2012).

Além disso, Benute (2009) ressalta que o aborto desencadeia inúmeros aspectos emocionais visto que as mães lidam com opostos: princípio e fim, vida e morte.

3.3 Legislação

O aborto, no Brasil, é considerado crime, com exceção quando feito para salvar a vida da mãe ou se a gravidez é resultante de estupro. Esta condição de ilegitimidade atrapalha a contagem do número de abortos realizados e o entendimento dos motivos e razões para tal ato, como a circunstância da gravidez interrompida na história de vida sexual e reprodutiva da mulher (VILELA et al., 2012).

A ilegalidade implica negativamente na saúde das mulheres, restringe em pequeno grau os causos de abortamento e perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade é vivido principalmente por mulheres pobres e aquelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (BRASIL, 2009).

A criminalização viola a autonomia sexual e reprodutiva, reforça a discriminação contra grupos de mulheres mais vulneráveis na sociedade e contribui para perpetuar o estigma social, o preconceito e os estereótipos de gênero (GALLI et al., 2010).

Anis (2012) acrescenta que o aborto é realizado não só quando a vida da mãe está em perigo, mas também sua saúde e quando o feto é anencefálico. Nos casos de anencefalia o termo empregado não é aborto, mas sim antecipação terapêutica do parto, visto que o feto não possui encéfalo e, assim, não é possível a vida extrauterina. Nesse caso de anencefalia, o aborto é um direito da mulher (BRASIL, 2011).

De acordo com Singh (2009), desde 1997, 22 países ou áreas administrativas dentro países mudaram suas leis de aborto, em 19 casos, os critérios pelos quais o aborto é permitido foram ampliadas, e em três casos foram estreitados os critérios. No entanto, especialmente na África Subsaariana e América latina, o aborto permanece altamente restrito. Globalmente, 40% das mulheres em idade fértil (15-44 anos) vivem em países com leis altamente restritivas (as que proíbem aborto completamente, ou permitem o procedimento apenas para salvar a vida de uma mulher, ou protegê-la física ou mentalmente).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), leis e políticas sobre o aborto devem proteger a saúde das mulheres e seus direitos humanos. Barreiras reguladoras, políticas e programas que impedem o acesso e a disponibilização do aborto e cuidados seguros devem ser removidas. Um ambiente regulatório e político favorável é necessário para garantir que todas as mulheres que são legalmente elegíveis tenham acesso imediato à atenção e ao aborto seguro. As políticas devem ser orientadas a respeitar e proteger o cumprimento dos direitos humanos das mulheres, para a obtenção de resultados positivos para a saúde das mulheres, a fornecer informação e serviços de contracepção de boa qualidade, e para atender as necessidades particulares de mulheres mais pobres, adolescentes, mulheres que vivem com HIV e aquelas que sofreram estupro.

Duarte et al. (2010) afirma que na América Latina e Caribe, o aborto é autorizado em poucas circunstâncias, valendo-se de “maior aceitação legal para as situações de aborto associadas principalmente à vida e à saúde da mulher”.

A Organização Mundial de Saúde afirma que os padrões nacionais e as diretrizes para o atendimento ao aborto seguro devem ser baseados em evidências e, periodicamente, atualizados, e deve fornecer as orientações necessárias para alcançar o acesso equitativo e os cuidados de boa qualidade. Novas políticas e programas de intervenções devem refletir as melhores práticas baseadas em evidências (WHO, 2012).

Desde 1940, o Código Penal Brasileiro fundamenta que o aborto realizado por profissional de saúde não é punido quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez for em decorrência de estupro. Todos os demais casos são passíveis de punição, com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto, a qual pode ter a pena dobrada caso ocorra morte da gestante (DUARTE et al., 2010).

Freitas (2011) considera a lei atual retrógrada e nunca foi reformulada. Para esse autor, criminalizar o aborto não inibe a clandestinidade, mas traz o aumento de clínicas ilegais. Há com isto uma condição imoral de descaso pela vida das mulheres, na maioria das vezes, pobres que morrem ou sofrem complicações nos locais clandestinos.

Para Brasil (2009) “enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas”.

Freitas (2011) ressalta que o Brasil, sendo considerado um país laico, deve garantir o respeito à livre associação religiosa, mas não pode permitir qualquer denominação religiosa a impor concepções morais sobre as leis e políticas públicas. Assim, não pode

atrelar-se a concepções de nenhuma religião como vem ocorrendo frequentemente. Para Kalsing (2002), dada a proporção do ideário religioso, este acaba por ser aceito como natural, na forma de um consenso a respeito da organização do mundo social.

O Brasil concordou com os documentos finais de importantes acordos internacionais, entre os quais se destacam o relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Pequim em 1995. Um dos compromissos assumidos no Programa de Ação do Cairo é o que diz respeito ao acesso a serviços de qualidade para tratar de complicações decorrentes do aborto ilegal: em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser prontamente disponibilizados, o que ajudará também a evitar abortos repetidos. Na Conferência Mundial sobre Mulheres, foi proposta a revisão da legislação punitiva e restritiva do aborto a fim de reduzir a mortalidade materna derivada de abortos inseguros. Esses acordos, portanto, implicam obrigações internacionais assumidas pelo governo de garantir, através de políticas de saúde, o direito das mulheres que não quiserem dar prosseguimento à gestação de interrompê-la de maneira segura na rede pública de saúde, nas situações previstas em lei. As políticas públicas de aborto legal fazem parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (ANIS, 2012).

A criminalização do aborto não diminuiu a sua prática, mas tem cooperado para ampliar a sua realização em condição de risco com impactos graves para a saúde e a vida das mulheres. Para que seja legalizado, é recomendável a discussão sobre a alteração da lei sobre o aborto, entre pesquisadores, defensores dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, membros do Executivo, Legislativo e Judiciário. Recomenda-se a busca de soluções eficazes no âmbito da saúde pública, sem interferência de dogmas religiosos, como atribuição do Estado laico e democrático (FREITAS, 2011).

As mulheres ao serem impedidas de ter acesso à saúde por meio de tratamento adequado para o seu caso, em razão da forte carga de preconceito e intolerância acerca do procedimento do aborto, têm violada a sua honra e dignidade. Como ser humano, a mulher tem agredido um valor defendido na Constituição Federal (ANIS, 2012).

3.4 Questão religiosa e moral

Diante dos abortos provocados, os profissionais de saúde julgam como um crime perante a lei e pecador diante da lei de Deus. De acordo com esses julgamentos, os profissionais de saúde pensam e agem de acordo com suas crenças e valores (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

O ato de abortar é tido como uma violação do feminino, ao considerar que a sexualidade feminina existe somente para a reprodução e que existe um instinto natural de proteção em relação à criança gerada (GALLI et al., 2010).

A criminalização do aborto obriga às mães a levar a gravidez até o fim e, muitas vezes, sofre influências da religião, principalmente a católica que só aceita o sexo para reprodução e dentro do casamento. Além disso, o uso de métodos anticoncepcionais fica relegado a segundo plano, sendo encorajado a utilização somente de métodos ditos naturais. Assim, a criminalização do aborto também serve como um controle da sexualidade das mulheres e como controle social da moralidade (FREITAS, 2011).

Esse estigma contribui para que a mulher que aborta seja vista como tendo uma conduta desviante da moral social, sendo considerada “anormal”, tornando-a diferente do ideário feminino atribuído à mulher. Associa-se a esta, outras tantas características como sendo ela promíscua, pecadora, egoísta, suja, irresponsável, sem coração, ou assassina, em diferentes contextos. Por outro lado, estes estereótipos negativos não correspondem ao fato já comprovado de que as mulheres casadas e com filhos são as que em geral recorrem ao aborto para preservar a sua saúde e o bem estar de sua família (GALLI et al., 2010, p. 13).

A norma técnica sobre a Atenção Humanizada no Aborto traz que essas mulheres necessitam de um atendimento ético com reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Freitas (2011) defende a legalização “porque sua legalização é uma questão de igualdade de gênero, justiça social, saúde pública e democracia, representando um ganho para a sociedade, para casais, para homens e mulheres, e para o país”.

Galli et al. (2010) também se mostra a favor do aborto, pois segundo ele, os países que possuem leis repressivas e opressoras contra o aborto, tornam mais complexo para as mulheres a busca por tratamento das complicações do aborto inseguro, por medo de discriminação, represálias e de denúncias pelos profissionais de saúde à polícia.

Todos os casos de abortamento devem ser analisados e a saúde da mulher deve ser garantida de preferência com atendimento multidisciplinar, respeitando sua “liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos,

estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento” (BRASIL, 2011).

Segundo a Associação Médica Britânica, os argumentos em prol do aborto é que ele não é errado em si mesmo e não precisa envolver consequências indesejáveis. Estes argumentos tendem a não reconhecer os direitos do feto ou a não reconhecê-lo como uma pessoa. Segundo alguns, o aborto é uma questão de direito da mulher exercer o controle sobre seu próprio corpo. Os moralistas que julgam ações por suas consequências poderiam argumentar que o aborto é equivalente a uma falha deliberada de conceber uma criança sem poder dela cuidar. Os a favor do aborto acreditam que mesmo se o feto é uma pessoa, seus direitos são muito limitados e não pesam significativamente contra os interesses de pessoas que já nasceram, como pais ou filhos existentes na família (BMA, 2007).

Algumas pessoas consideram que o aborto é errado em qualquer circunstância, porque não reconhece os direitos do feto ou porque desafia a noção de santidade de toda a vida humana (GALLI et al., 2010).

Alguns argumentam que admitir o aborto diminui na sociedade o respeito por outros seres humanos vulneráveis, possivelmente levando à sua eutanásia involuntária. Aqueles que consideram que um embrião, a partir do momento da concepção, é um ser humano com status moral completa, avaliam o aborto como matando no mesmo sentido que o assassinato de qualquer outra pessoa. Aqueles que tomam essa visão não pode aceitar que as mulheres devem ter a possibilidade de obter o aborto sem repercussões legais, por mais difícil a vida dessas mulheres e suas famílias existentes são feitas como resultado (BMA, 2007).

A principal argumentação dos grupos contrários ao aborto, mesmo em caso de estupro, é a de que não se deve decretar a pena de morte ao nascituro, já que o mesmo não se faz com o estuprador. E, ainda, se a mulher estuprada não tiver condições de criar o filho, ela deve entregá-lo à adoção (KALSING, 2002).

Muitos tem em que a disponibilidade do aborto por razões de anomalia fetal incentiva o preconceito em relação a qualquer pessoa com uma deficiência e cria a impressão de que as únicas pessoas valiosas são aquelas que estão em conformidade com algum estereótipo mal definido de normalidade. Algumas pessoas que se opõem ao aborto em geral, admitem que pode ser justificável em casos muito excepcionais, como onde é o resultado de estupro ou a consequência da exploração de uma jovem ou uma mulher mentalmente incompetente. Risco para a vida da mãe pode ser outra exceção justificável, mas apenas onde o aborto é a única opção (BMA, 2007).

3.5 Atendimento prestado pelos profissionais de saúde diante do aborto

O assunto do aborto provoca debates morais. “Poucos são os profissionais de saúde dispostos a atuar nesses serviços, o que facilita a emergência de sentimentos de solidão, abandono ou estigma pelas pessoas responsáveis pela assistência” (DINIZ, 2012, p. 11).

Anis (2012) salienta que por estarmos em um Estado laico, ou seja, não regido por religiões, o cidadão pode decidir livremente e ter acesso igual aos serviços de saúde. Assim, os profissionais de saúde independentemente de suas crenças religiosas e filosóficas deve atender apresentar boa qualidade no atendimento, respeitando à diversidade e à autonomia e por princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados em estudos.

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional de atuar com integridade e garantir que as suas opiniões pessoais não afetem ou influenciem o cuidado da mulher. A supervisão clínica é reconhecida como um processo formal de apoio profissional e aprendizagem que permite que os enfermeiros assumam responsabilidade pela sua própria prática e refletir sobre crenças pessoais e preconceitos (FLETCHER, 2013).

O Código de ética médica em seu artigo 42 traz como uma das proibições do médico “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método” (CFM, 2009). Assim, ajudará a mulher a evitar gravidez indesejada e um possível abortamento.

No artigo 24 do Código de Ética Médica tem-se que também é proibido ao médico “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (CFM, 2009). Dentro dessa questão temos o aborto que, quando permitido por lei, o a paciente pode escolher se vai realiza-lo ou não. Já se o caso de abortamento for ilegal, o médico pode limitá-lo e não pode realizar o procedimento.

Já o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem tem um artigo específico que trata sobre o aborto. O artigo 28 traz que é proibidos aos enfermeiros provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação. Já o parágrafo único afirma que “nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo” (COFEN, 2007).

A Organização Mundial de Saúde defende a formação de provedores de aborto que deve garantir que eles tenham as competências para fornecer cuidados de boa qualidade no cuidar de acordo com as normas e diretrizes nacionais. Garantir o atendimento ao aborto

de boa qualidade requer supervisão contínua, garantia de qualidade, monitoramento e avaliação (WHO, 2012).

É importante salientar que a mulher necessita de cuidados prévios ao aborto que envolvem a comunicação e orientação sobre os métodos de interrupção, as possíveis reações adversas que pode ocorrer, o método de interrupção mais indicado a cada idade gestacional, o tempo de recuperação de acordo com o método adotado e a necessidade ou não de internação, além do apoio psicológico à mulher (DINIZ, 2012).

O tratamento do aborto exige dos profissionais de saúde fazerem uma avaliação no contexto de cada caso. Eles devem avaliar o impacto potencial da gravidez e do nascimento sobre a saúde física e mental da mulher e para o bem-estar dos irmãos existentes. Lembrando que existem regras e leis que podem ser aplicadas a tais decisões sensíveis e difíceis, que exigem uma compreensão das necessidades individuais da mulher. A decisão de interromper a gravidez nunca é fácil. Ao fazer estas decisões, os pacientes e a equipe multiprofissional devem assegurar que a decisão é apoiada por informação e aconselhamento apropriado sobre as opções e implicações (BMA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é uma questão muito sensível e suscita grandes questionamentos tanto éticos quanto morais e religiosos. Por esse motivo, tende a ser feito às escondidas ou com métodos e pessoas não qualificadas. Desse modo, observa-se uma alta prevalência de complicações decorrentes de abortos. Essas complicações aumentam a demanda nos serviços de saúde, podendo resultar muitas vezes em morte.

Assim, essa temática precisa ser vista por outra perspectiva que leve a realidade social e as necessidades das mulheres em consideração. Estas questões devem ser debatidas com a participação dos setores público e privado para que as implicações do aborto possam ser completamente analisadas e refletidas, e as alternativas propostas para o acesso aos serviços seguros.

A lei brasileira, no quesito aborto, é bastante restritiva e rígida, permitindo somente nos casos de salvamento da vida da mãe ou, então, quando a gravidez decorre de violência sexual. Entretanto, nos casos de estupro, pela burocracia da exigência judicial, para fornecer autorização, as mulheres recorrem a métodos inseguros.

Os profissionais de saúde envolvidos no abortamento necessitam de mais estudos sobre o assunto. A importância deste trabalho reside na possibilidade de gerar reflexões sobre

o cuidado, o acolhimento e dispor de um atendimento voltado à urgência pessoal da mulher, assuntos que vão além do conhecimento científico e de procedimentos técnicos, envolvendo percepções, sentimentos e ética como uma possibilidade de implantação de uma equipe multiprofissional para que se tenha um atendimento com maior qualidade e uma diversidade de olhares e saberes. Desse modo, espera-se contribuir para a construção de um atendimento mais humanizado, conforme propõe o Ministério da Saúde.

Verifica-se uma necessidade de programa nacional de planejamento familiar eficiente com acesso aos métodos anticoncepcionais. Pois deve-se levar em conta os perigos a que as mulheres estão expostas e a angústia emocional e gastos médicos decorrentes do tratamento das possíveis complicações. O programa de planejamento familiar pode auxiliar no acesso a métodos contraceptivos, além de ajudar a mulher lidar com as pressões que uma gravidez indesejada pode gerar, tais como o baixo poder aquisitivo, a falta de apoio conjugal ou familiar, os contratempos que podem surgir na criação do filho, dentre outros, já que a condição ilegítima do aborto dificulta a fiscalização pelos órgãos competentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANIS, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal** - perguntas e respostas. Brasília: Letras Livres, 2012.

BARINI, R. Revisão sobre as diferentes etiologias no aborto espontâneo recorrente. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 533-536. ago, 2006.

BENUTE, G. R. G. et al.. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-327. Maio/jun, 2009.

BRASIL. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BMA (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION). **The law and ethics of abortion**. Londres: BMA Views, 2007.

CAMPOS, R. T. O; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, mar. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1931/2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2009.

DINIZ, D. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal**: perguntas e respostas. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Brasília: Letras Livres, 2012.

GALLI, B. *et al.* **Autonomia reprodutiva em questão**: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-453, jul./set. 2008.

DUARTE, G. A. et al. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n 44 , p.406-420, dez. 2010.

FLETCHER, J. **Termination of pregnancy**: an Royal College of Nursing framework. Londres: Royal College of Nursing, 2013.

FREITAS, A. **Aborto: guia para profissionais de comunicação**. Recife: Grupo Curumim, 2011.

KALSING, V. S. S. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 19, p. 279-314, abr, 2002.

LAKATOS E. M; MARCONI M.A. **Fundamentos da metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 25, p. 193-204, abr. 2009.

MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n 40 , 22 set. 2006.

OLINTO, M.T.A.; MOREIRA, D.C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n. 58, p. 365-375, fev. 2006

RODINI, E. S. O. *et. al.* Abortamentos espontâneos: estudos citogenéticos e riscos de recorrência. **Arquivos de Ciências e Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 37-39. jan/mar, 2006.

SILVA, J. P. L.; ARAÚJO, M. Z. Olhar Reflexivo sobre o aborto na visão da Enfermagem a partir de uma leitura de gênero. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 19-24. jun/ago, 2011.

SOUZA, V. J. O aborto no Brasil: um resgate das concepções morais católicas em contraposição aos grupos pró-aborto. **Revista Brasileira de História das Religiões – ANPUH**. Maringá, v. 1, n. 3, p. 1-13. out, 2009.

SINGH, S. et al. **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress**. Nova Iorque: Guttmacher Institute. 2009.

VILELA, W. V. *et al.* Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, São Paulo, v.17, n. 7, p.1709-1719. Jan/jun, 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. 2. ed. Geneva: WHO. 2012.